

## Enfermagem com prática avançada : uma estratégia para atingir cobertura universal de saúde e acesso universal à saúde

Denise Bryant-Lukosius<sup>1</sup>  
Ruta Valaitis<sup>1</sup>  
Ruth Martin-Misener<sup>2</sup>  
Faith Donald<sup>3</sup>  
Laura Morán Peña<sup>4</sup>  
Linda Brousseau<sup>5</sup>

Objetivo: analisar o papel da enfermagem com prática avançada (EPA) a nível internacional para um relatório do seu desenvolvimento na América Latina e no Caribe, para apoiar a cobertura universal de saúde e o acesso universal à saúde. Método: análise da bibliografia relacionada com os papéis da EPA, sua implantação no mundo e a eficácia da EPA em relação à cobertura universal de saúde e acesso à saúde. Resultados: dada a evidência da sua eficácia em muitos países, as funções da EPA são ideais como parte de uma estratégia de recursos humanos de atenção primária de saúde na América Latina para melhorar a cobertura universal de saúde e o acesso à saúde. Brasil, Chile, Colômbia e México estão bem posicionados para construir esta força de trabalho. Barreiras à implementação destas funções incluem: a falta de clareza do seu papel, a legislação/regulamentação, educação, financiamento, e a resistência médica. Uma liderança forte de enfermagem é necessária para alinhar o papel da EPA com as prioridades políticas e trabalhar em colaboração com os profissionais de atenção primária e os decisores políticos para a implementação bem sucedida das suas funções. Conclusões: dada a diversidade de contextos dos diferentes países, é importante avaliar sistematicamente as necessidades de saúde do país e da população para introduzir a combinação mais adequada e complementar dos papéis da EPA e formatar sua aplicação. A introdução bem sucedida do papel da EPA na América Latina e no Caribe poderia fornecer um roteiro para funções semelhantes noutros países de baixa/média renda.

Descritores: Prática Avançada de Enfermagem; Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

<sup>1</sup> PhD, Professor Associado, School of Nursing, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá.

<sup>2</sup> PhD, Professor, School of Nursing, Dalhousie University, Halifax, NS, Canadá.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Daphne Cockwell School of Nursing, Ryerson University, Toronto, ON, Canadá.

<sup>4</sup> PhD, Professor, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, DF, México.

<sup>5</sup> MSc, Enfermeira de Prática Avançada (EPA), Halton Region Health Unit, Oakville, ON, Canadá.

### Como citar este artigo

Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2826. [Access 

mês	dia	ano

]; Available in: 

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>.

## Introdução

Junto com o desenvolvimento dos sistemas de saúde que têm a atenção primária de saúde como fundamento, um melhor acesso à saúde e à cobertura universal da saúde são reconhecidas prioridades para melhorar a saúde global<sup>(1-2)</sup>. Após 60 anos de desenvolvimento global, existe um maior reconhecimento do papel das enfermeiras com prática avançada (EPA) e seu impacto no aumento do acesso aos cuidados primários de saúde e para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e seus resultados<sup>(3-4)</sup>. No encontro dos cuidados primários de saúde e de enfermagem com prática avançada como dois fenômenos globais, achamos o conceito de recursos humanos para a saúde. O provimento e combinação adequada de profissionais de saúde é fundamental para alcançar a agenda global de saúde e também para a enfermagem com prática avançada e ambos são componentes essenciais de recursos humanos em saúde no nível nacional<sup>(5-6)</sup>. O papel das enfermeiras com prática avançada está em um estágio inicial de desenvolvimento na América Latina<sup>(7)</sup>. Portanto, existe uma tremenda oportunidade para tirar proveito desses recursos para atingir os objetivos de acesso à saúde, cobertura universal da saúde e a reforma da atenção primária de saúde nesses países.

## Objetivos

O objetivo deste artigo é examinar o que se sabe sobre a implementação e o impacto dos papéis da EPA a nível internacional e usar essa evidência para fornecer recomendações para o desenvolvimento destas funções na América Latina para atingir a cobertura universal de saúde e o acesso universal à saúde.

## Método

Foi examinada a literatura relacionada com as funções da EPA, a sua implantação global, bem como a eficácia da EPA em relação à cobertura de saúde universal e acesso à saúde. Os países membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tanto na América Latina e no Caribe foram o foco deste documento. O exame dos papéis da EPA está limitado às enfermeiras especialistas em clínica (Clinical Nurse Specialist-CNS) e as enfermeiras de prática clínica (Nurse Practitioner-NP). O estudo começa com um resumo dos objetivos da OMS<sup>(2)</sup> para a cobertura de saúde universal e de acesso universal à saúde em relação aos cuidados de saúde primários e as funções da EPA. Se descrevem na sequência os tipos e características comuns dos papéis da EPA, seguida de uma análise da implementação

global das funções da EPA, incluindo a América Latina e o Caribe. A eficácia das funções da EPA são discutidos abaixo em relação à cobertura de saúde universal e acesso à saúde. São identificadas as implicações para a América Latina, juntamente com estratégias para apoiar o papel integração efetiva da EPA nos cuidados de saúde primários.

## Cobertura universal de saúde, acesso universal à saúde e os papéis da enfermagem com prática avançada na atenção primária de saúde

A cobertura universal de saúde visa fortalecer os sistemas de saúde para promover o acesso aos cuidados e melhorar os resultados de saúde, especialmente para as populações desfavorecidas. Inclui o financiamento dos sistemas de saúde para garantir 1. disponibilidade de serviços de saúde integrais e de boa qualidade, incluindo a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; e 2. o acesso equitativo a esses serviços, independentemente das circunstâncias sociais, sem riscos de dificuldades financeiras<sup>(2)</sup>.

O direito à saúde é um valor inerente da cobertura universal de saúde. De acordo com Margaret Chan, diretora da OMS<sup>(8)</sup>, a cobertura de saúde universal, com base na prestação de serviços de cuidados primários de saúde integrados, pode fornecer a ferramenta mais poderosa para melhorar a saúde global. A Organização das Nações Unidas<sup>(9)</sup> reafirmou o seu compromisso com a cobertura de saúde universal nos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em 2030.

Embora muito tenha sido alcançado na América Latina para melhorar a atenção de saúde e implementar diferentes modelos financeiros para a cobertura universal de saúde, o acesso equitativo à saúde e de cuidados de saúde primários essenciais permanece fora do alcance para milhões de pessoas na região<sup>(10-14)</sup>. Há uma necessidade urgente de melhorar o acesso aos cuidados primários de saúde nas comunidades rurais, e de serviços que melhorem os resultados de saúde relacionados com a mortalidade materna e infantil, doenças infecciosas, e o envelhecimento. São necessários mais serviços de promoção da saúde, prevenção e gestão para reduzir a carga de doença e a mortalidade associada a doenças crônicas, especialmente a saúde mental, câncer, doenças cardiovasculares e diabetes.

O reconhecimento da necessidade de fortalecer a atenção primária à saúde em todo o mundo, remonta à Declaração de Alma-Ata em 1978 e tem sido reforçada nas políticas subsequentes, tais como a resolução WHA62.12 da OMS<sup>(1)</sup>. No entanto, só recentemente, foram dois eventos de políticas que identificaram formalmente a necessidade e a oportunidade de desenvolver as funções

da EPA para a atenção primária à saúde na América Latina. Em agosto de 2013, o relatório de situação sobre a enfermagem e obstetrícia<sup>(15)</sup> da OMS 2008-2012 sublinhou a necessidade de desenvolver a enfermagem especializada e as funções da EPA com as competências básicas para atender as necessidades dos serviços de saúde da população em sistemas de cuidados primários da saúde da população revitalizados. Em setembro de 2013, a OPAS ecoou esta recomendação, com a Resolução CD 52.R13 para incluir a prática avançada de enfermagem como parte de uma estratégia global para aumentar a força de trabalho da atenção primária à saúde na América Latina<sup>(12)</sup>. Nos últimos dois anos, as lideranças de enfermagem da América Latina e do Caribe começaram a examinar estratégias para apoiar o desenvolvimento do papel da EPA nos seus países<sup>(7,16-19)</sup>.

### **Tipologia de papéis de enfermeiras com prática avançada**

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) define uma enfermeira com prática avançada como “a enfermeira que tenha adquirido os fundamentos de conhecimento especializado, habilidades de tomadas de decisão complexas e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são determinadas pelo contexto do país em que está autorizada a exercer. Um mestrado é recomendado para iniciantes”<sup>(20)</sup>. A prática clínica envolvendo o atendimento direto e indireto ao paciente e suas famílias, grupos, comunidades ou populações é o principal objetivo das funções da EPA. Além de prática clínica, outras responsabilidades do papel da EPA incluem a formação de enfermeiras e outros profissionais de saúde, a prática baseada em evidências e pesquisas, liderança na organização e desenvolvimento profissional<sup>(21-23)</sup>. É o efeito combinado destas responsabilidades e tarefas múltiplas da EPA que leva à inovação e melhoria nos cuidados de saúde. O interesse acentuado por esses papéis da EPA é impulsionado no contexto das organizações e ao nível de país. Internacionalmente, isso levou a alguma confusão sobre o que é o papel da EPA e a uma infinidade de nomes para estas funções. Uma pesquisa internacional identificou 52 títulos diferentes para estas funções, tais como enfermeira especialista clínica (CNS), enfermeira de prática clínica (NP), consultante enfermeira, parteira e enfermeira anestesiologista<sup>(24)</sup>. Desses títulos, CNS e NP são os mais comuns<sup>(25-26)</sup>. Independentemente do tipo, algumas características comuns dos papéis da EPA foram identificadas, como por exemplo: egressos de um programa educacional credenciado, projetado para produzir enfermeiros com prática avançada e com licenciamento oficial para prática, registro, certificação e

acreditação<sup>(21)</sup>. Dependendo dos mecanismos específicos de regulamentação de cada país, os enfermeiros com prática avançada podem ter maior âmbito da prática com a proteção do título e a autoridade legal para diagnosticar, prescrever medicamentos e tratamentos, encaminhar os pacientes para outros profissionais de saúde, e admitir pacientes no hospital. A forma como as CNS e NP implementam suas funções é altamente variável e depende das necessidades de saúde e dos cenários populacionais e de saúde. No geral, a CNS tem um conhecimento profundo de uma área especializada da prática de enfermagem e têm o mesmo âmbito de aplicação prática de uma enfermeira registrada. Além de assistência ao paciente, têm maiores responsabilidades de enfermagem e de melhoria dos sistemas de saúde, tais como a liderança e educação e promoção da prática baseada em evidências<sup>(27)</sup>. As enfermeiras de prática clínica (NP) têm um maior alcance da prática, que geralmente inclui avaliação avançada da saúde, doenças e prevenção de ferimentos e manejo terapêutico e tendem a utilizar mais do seu tempo para prestar cuidados diretos ao paciente<sup>(22)</sup>.

### **Distribuição e uso dos papéis de enfermagem com prática avançada no mundo**

O escopo dos papéis da EPA no mundo não é conhecido. A introdução das funções do EPA está em diferentes estágios de desenvolvimento em diferentes países e o fato que existem mecanismos inconsistentes para a regulamentação e identificação dos enfermeiros desempenhando esse papel, torna difícil controlar e rastrear padrões de prática. De acordo com o CIE<sup>(28)</sup>, 70 países têm ou estão interessados na introdução das funções da EPA. Um inquérito internacional documentou os diferentes papéis da EPA em pelo menos 38 países<sup>(24)</sup>. Os papéis da EPA mais reconhecidos se encontram em países de alta renda, como os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália<sup>(25)</sup>. Na última década, tem havido uma maior expansão dos papéis da EPA, especialmente em países de alta renda da Europa, África, Ásia e Oriente Médio<sup>(29-32)</sup>. Há poucos relatos de desenvolvimento do papel da EPA em países de baixa e média renda.

Melhorar os resultados de saúde e aumentar o acesso aos serviços de saúde em comunidades rurais e remotas e nas populações vulneráveis (por exemplo, sem-teto, saúde mental, dependência de drogas) em comunidades urbanas têm sido as forças condutoras para a introdução das NP nos centros da atenção primária de saúde<sup>(33-34)</sup>. Inicialmente, as CNS foram introduzidas para manter o ritmo com os avanços no tratamento e tecnologia e a crescente complexidade dos cuidados de enfermagem para populações especializadas em

ambientes de cuidados agudos<sup>(35)</sup>. Mais recentemente, as CNS e NP também estão sendo utilizadas em vários países para uma ampla gama de comunidades, cuidados de longa duração e ambientes de cuidados agudos como catalisadores para melhorar os resultados de saúde e a qualidade de atendimento e inovação para oferecer modelos de cuidados de saúde sustentável<sup>(12,15,25,36-40)</sup>. Os problemas atuais que impulsionam novos modelos de prestação de cuidados e a introdução das funções da EPA incluem o envelhecimento da população e cuidados aos idosos, as necessidades de maior promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas e gestão, a reforma da atenção primária da saúde, a escassez de trabalhadores da saúde e o aumento dos custos de cuidados de saúde.

Os papéis da EPA estão em um estágio inicial de desenvolvimento na América Latina e no Caribe<sup>(16-17,41)</sup>. Há poucos programas de educação da EPA estabelecidos e ainda não há mecanismos de regulação para os papéis da EPA, mas estão sendo desenvolvidos em alguns países. Destes países, Jamaica é provavelmente o país com mais experiência com a prática avançada, através da introdução dos programas de NP familiares, educação pediátrica e da saúde mental / psiquiátrica em 1977 e 1978<sup>(42-46)</sup>. Os fatores que favoreceram a introdução da função da NP foram a agenda política do governo, de reforma dos cuidados de saúde primários e o reconhecimento das competências complementares de cura e promoção da saúde da NP, bem como a escassez de médicos em áreas rurais e comunidades carentes.

Atualmente na Jamaica, a universidade de West Indies oferece cursos em CNS, programas de NP de família e NP em saúde mental a nível de mestrado. Os relatórios publicados sobre o papel da EPA em outros países da América Latina ou no Caribe são limitados, especialmente no relacionado aos cuidados de saúde primários. No Brasil, estabeleceu-se um perfil do tipo CNS em oncologia pediátrica<sup>(47)</sup>. No Chile, a Universidad de los Andes tem um programa avançado de CNS para a prática de enfermagem em cuidados intensivos de adultos (<http://postgrados.uandes.cl/mpae/>).

No momento, os países latino-americanos melhor preparados para começar com as funções da EPA para a atenção primária são o Brasil, Chile, Colômbia e México. Lideranças de enfermagem desses países recentemente reuniram-se com seus homólogos do Canadá e dos Estados Unidos para determinar estratégias para o desenvolvimento de competências e currículos EPA<sup>(17)</sup>. Um mestrado é recomendado como base para a educação da EPA<sup>(20)</sup>.

Os quatro países têm programas de educação em cursos de graduação de enfermagem existente a partir dos quais os programas de educação da EPA

podem ser construídos. Brasil, em particular, está bem posicionado para estabelecer programas de educação EPA já que tem 51 mestrados e 36 programas de doutorado em enfermagem<sup>(48)</sup>. O Brasil também distingue duas correntes de mestrado: acadêmico e profissional. Programas de mestrados acadêmicos são projetados para produzir pesquisadores e professores de enfermagem, enquanto os programas de mestrado profissional são projetados para desenvolver habilidades das enfermeiras que atuam em diversas funções de nível superior no sistema de saúde.

Há pelo menos 15 programas de mestrado profissional no Brasil. Seu foco no desenvolvimento de competências e conhecimento aplicado pode fazer que esses programas sejam capazes de se adaptar aos programas de educação de EPA<sup>(49)</sup>. No Chile e no México, as parcerias com programas de educação de NP em universidades nos Estados Unidos têm estimulado o desenvolvimento de programas de educação EPA. Na Colômbia, as atividades de participação conjunta das partes interessadas do Ministério da Saúde e líderes de enfermagem e de políticas acadêmicas está preparando o terreno para o desenvolvimento de programas de educação EPA<sup>(17)</sup>.

As barreiras para a introdução das funções do EPA na América Latina e no Caribe são semelhantes às relatadas na literatura internacional, incluindo a clareza na definição dos papéis, a legislação, a regulamentação, os programas de educação e recursos financeiros e a resistência dos médicos<sup>(16,19,24-25,50-51)</sup>. Em relação à clareza de papéis, os líderes da enfermagem da América Latina e do Caribe identificaram uma falta geral de conhecimento e compreensão das funções do EPA dentro da profissão de enfermagem e entre os tomadores de decisão dos serviços de saúde nos governos<sup>(16)</sup>.

A nível político e de formuladores de políticas, um desafio comum a todos os países são as barreiras legislativas para definir, legitimar e facilitar a regulação da prática expandida das enfermeiras. Há também a necessidade de reforçar o ensino de enfermagem na América Latina, para melhorar o acesso a programas de alta qualidade e padronizados, incluindo a EPA<sup>(16-17,42)</sup>. Há uma escassez de professores e especialmente dos professores que tenham habilidades específicas para desenvolver programas e ensinar EPA focada em habilidades clínicas.

Um aspecto único da América Latina e do Caribe é a existência de países de baixa, média-baixa, média-alta e alta renda, resultando em diferentes necessidades de cuidados de saúde e capacidade econômica para apoiar a educação de EPA e os papéis que deverão ocupar na prática<sup>(52)</sup>. Serão necessárias diferentes estratégias para introduzir as funções de EPA e os currículos que abordem

os contextos heterogêneos, culturais, geográficos, socioeconômicos e políticos dos países membros.

Outros desafios para a introdução das funções da EPA para a atenção primária de saúde na maioria dos países latino-americanos é uma escassez geral de enfermeiros e uma alta proporção de enfermeiros com formação de tipo técnica (por exemplo, assistentes ou auxiliares) em comparação com a quantidade de enfermeiras graduadas na força de trabalho, que são as que podem ser a base para o desenvolvimento<sup>(11,13,16,42,53)</sup>. Há também uma atenção limitada na comunidade ou na atenção primária de saúde nos programas de treinamento de enfermagem, e falta de reconhecimento dos enfermeiros na atenção primária de saúde como uma área de especialização ou uma carreira desejada. A falta de postos de trabalho existentes no mercado para a prática de enfermagem avançada também pode ser um obstáculo para a inscrição em programas de educação da EPA e resultar em subemprego e frustração dos egressos do programa.

Enquanto a maioria dos países têm uma escassez geral de profissionais de saúde, também têm um maior número de médicos em relação aos enfermeiros no mercado de trabalho. As resistências de médicos e a medicalização da assistência, na qual as enfermeiras estão subvalorizadas, são barreiras percebidas para a introdução das funções do EPA na América Latina e outros países<sup>(11,16,24)</sup>.

### **Alinhamento dos papéis da enfermagem com prática avançada com a agenda global para ampliar a cobertura universal de saúde e acesso à saúde**

A cobertura universal da saúde depende de um financiamento adequado, que é difícil de conseguir em todos os países, mas especialmente aqueles com baixa e média renda, devido ao aumento dos custos de saúde. Na América Latina e no Caribe, o sub-financiamento da cobertura de saúde universal em alguns países têm contribuído para uma mistura de planos de seguro públicos e privados, altos custos de bolso e acesso desigual aos cuidados oportunos e de alta qualidade para as populações de desempregados, pobres e vulneráveis<sup>(10)</sup>. Melhorar o financiamento para fornecer uma cobertura integral e universal de saúde é uma questão importante para a região, onde mais do 25%, ou 130 milhões de pessoas vivem na pobreza crônica<sup>(54)</sup>.

Uma estratégia propõe compensar os custos de financiamento de cobertura universal de saúde pela obtenção de eficiência nos cuidados de saúde. A OMS forneceu dez recomendações para a redução de 40% das despesas de saúde que são desperdiçadas por ineficiência<sup>(55)</sup>. Pelo menos cinco desses dez

recomendações poderiam ser resolvidos através da introdução das funções da EPA, não só na atenção primária à saúde, mas em todo o sistema de saúde, onde há necessidades e eficiências. Estas cinco recomendações dizem respeito a 1. o uso excessivo de serviços de saúde, 2. uma combinação de pessoal inadequado e caro e trabalhadores desmotivados, 3. a duração inadequada da internação, 4. erros e qualidade de cuidados abaixo do ideal e 5. combinação de intervenções ineficientes ou nível ineficiente de intervenções de cuidados de saúde.

Várias revisões sistemáticas têm mostrado que as profissionais de saúde do tipo CNS e NP são seguras e eficazes. Quanto ao uso de serviços de saúde, CNS e NP podem reduzir os custos através de: menor permanência hospitalar e menor número de readmissões de idosos e pacientes em transição do hospital para casa<sup>(40,56-58)</sup>; menos testes e redução de consultas clínicas e visitas ao departamento de emergência para pacientes com câncer<sup>(9)</sup>; e menor custo de consulta para pacientes em atenção primária<sup>(3-4)</sup>.

No que diz respeito à melhor combinação de tipos de pessoal, como substitutos para outros profissionais (geralmente médicos) para lidar com a falta de pessoal, as CNS e NP alcançam resultados de saúde iguais ou melhores e boa satisfação para a assistência ao paciente tanto hospitalar como ambulatorial e de transição<sup>(3,38,40,56,59-60)</sup>. Essas mesmas revisões sistemáticas também mostram os benefícios da somar as funções complementares das CNS e NP às equipes de cuidados de saúde para melhorar os resultados de saúde dos pacientes, a satisfação com o atendimento e a qualidade dos cuidados. Em estudos com modelos baseados em equipes de atenção primária, a adição de um NP aumenta o acesso aos serviços de promoção da saúde e prevenção para atender as necessidades da comunidade<sup>(61-63)</sup> e melhora a qualidade do cuidado e do manejo de doenças crônicas<sup>(64)</sup>.

Outros estudos indicam que a introdução do CNS apoia o desenvolvimento de uma força de trabalho motivada e promove a satisfação do pessoal<sup>(65)</sup> facilitando o recrutamento e retenção de enfermeiros de alta qualidade<sup>(66)</sup>. Elas também reduzem erros e cuidados abaixo do padrão ideal, promovendo a segurança e a prevenção de complicações<sup>(58,67-68)</sup> do paciente, diminuindo o uso de intervenções de cuidados de saúde ineficientes ou ineficazes, promovendo uma rápida implementação das melhores práticas para profissionais e pacientes<sup>(69-70)</sup>.

Em comparação com o cuidado usual, as CNS e NP também melhoram o acesso aos cuidados de saúde através da obtenção de melhores resultados para uma ampla gama de populações de pacientes em ambientes de prática variados. Os idosos que recebem cuidados

da EPA em atendimento ambulatorial para a demência ou insuficiência cardíaca crônica, ou aqueles nos centros de cuidados de longa duração, têm reduzido as taxas de mortalidade e resultados de saúde relacionados à depressão, comportamento agressivo, incontinência e úlceras de pressão<sup>(36,57)</sup>. Na atenção primária e em centros de atendimento ambulatorial, a atenção com a NP para pacientes com doenças crônicas, como doenças cardíacas, hipertensão e diabetes, resultou em melhores indicadores de controle das doenças, como a pressão arterial, os níveis de colesterol em soro reduzidos, e a redução da hemoglobina glicosilada<sup>(3-4)</sup>. O atendimento ambulatorial com CNS está associada a uma melhor saúde mental para pacientes com problemas psiquiátricos, melhor controle da doença e qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca e reduz os sintomas de atividade da doença em pacientes com artrite<sup>(38)</sup>. Os cuidados de transição com as CNS também permitem alta precoce de populações de alto risco (câncer, gravidez, idosos, insuficiência cardíaca, neonatos), enquanto ao mesmo tempo alcançam melhores ou equivalentes resultados de saúde<sup>(40)</sup>. Exemplos de melhores resultados incluem o aumento da sobrevivência em pacientes com câncer avançado ou insuficiência cardíaca e o aumento das taxas de imunização para crianças de muito baixo peso<sup>(40)</sup>. Achados semelhantes, com resultados iguais ou melhores nos cuidados de transição com NP em comparação com os cuidados habituais, foram reportados em pacientes submetidos à cirurgia ginecológica e aqueles com condições complexas, asma ou infarto do miocárdio<sup>(56)</sup>. Através desses estudos, acredita-se que alguns aspectos dos cuidados com CNS e NP que contribuem a melhorar os resultados da saúde, incluem a prestação de cuidados centrados no paciente, a educação e o *coaching* do paciente, a maior continuidade e coordenação do cuidado e colaboração com outros profissionais de saúde. Melhora o autocuidado e adoção de comportamentos de vida saudável do paciente como resultado da ação das CNS e NP, o que pode levar a uma melhor saúde.

### **Implicações para a implementação das funções de enfermagem com prática avançada nos países da América Latina e o Caribe**

Se o processo for bem feito, a introdução das funções da EPA na América Latina e no Caribe poderia servir como um guia para a introdução destas funções em outros países de baixa e média renda, onde poucas dessas funções existem. Para conseguir o impacto ideal para melhorar a cobertura de saúde universal e acesso à saúde, uma abordagem sistemática é necessária para a introdução das funções da EPA, para determinar os

tipos de populações e comunidades de pacientes que necessitam de serviços de saúde, onde pode-se obter os maiores benefícios em resultados de saúde, a eficiência dos cuidados de saúde e melhorar o estado de saúde<sup>(55)</sup>. Tal abordagem é oferecido pelo Enfoque PEPPA que descreve um processo participativo, baseado em evidências e centrado no paciente, para a concepção, implementação e avaliação das funções da EPA<sup>(71)</sup>. PEPPA foi implementado em pelo menos 16 países para uma ampla gama de populações de pacientes em vários contextos e é reconhecido como melhor prática para a introdução da EPA e outras funções avançadas de profissionais de saúde<sup>(72-73)</sup>. A força deste enfoque é a participação precoce e contínua de representantes das partes interessadas, incluindo pacientes, médicos e outros profissionais da saúde, reguladores, educadores, gestores de saúde e decisores políticos do governo. Através de estratégias de participação das partes interessadas e avaliação das necessidades pode ser definidos os papéis da EPA de acordo com as necessidades e objetivos do sistema de saúde e de saúde da população prioritária.

O enfoque também se aplica para o planejamento eficaz de recursos humanos para a saúde para determinar o tipo de função a ser atendida pela EPA como um complemento otimizado e a combinação com os outros profissionais de saúde, e como esse papel interage com os cuidados de saúde de outros membros da equipe para atingir os objetivos identificados e resultados relacionados<sup>(73)</sup>. Devido à diversidade dos sistemas de saúde, dos mecanismos de financiamento, recursos humanos, e as necessidades de saúde da população, é importante para cada país na América Latina e no Caribe, realizar seu próprio processo sistemático para priorizar e definir o papel ou papéis de EPA a ser introduzidos<sup>(11)</sup>.

Dada a escassez geral de enfermeiros e outros profissionais de atenção primária de saúde na maioria dos países, vai ser importante estudar a introdução das funções da EPA no contexto da criação de uma força de trabalho de atenção primária<sup>(74-75)</sup>. A introdução do papel da EPA pode ser aproveitado para melhorar os resultados da força de trabalho através da promoção da atenção primária de saúde como uma carreira reconhecida e desejável para os enfermeiros. Por exemplo, o estabelecimento de uma carreira com habilidades que vão do nível iniciante ao aquele da enfermagem com habilidades avançadas, pode ser usado para criar empregos e funções claramente definidas com faixas salariais; fornecer a base para a certificação e acreditação; moldar programas de graduação, pós-graduação e educação continuada; guiar revisões de planos de cargos e salários e avaliação de desempenho;

e criar um número suficiente de enfermeiros para a formação de professores<sup>(76)</sup>.

Além disso, a seleção e design do papel da EPA deve incluir competências e expectativas relevantes para apoiar o desenvolvimento de enfermeiras nos cuidados de saúde primários em contato com o paciente. Os exemplos incluem as responsabilidades da função da EPA para educar às enfermeiras para que desenvolvam suas práticas e habilidades de liderança clínicas baseadas em evidências; orientação e tutoria para construir a sua confiança; atuar como professores e preceptores clínicos para estudantes de graduação e pós-graduação; fornecer aconselhamento e assistência para gerir situações complexas de assistência ao paciente; e facilitar o uso da tecnologia para a educação e assistência ao parto<sup>(5)</sup>. A liderança da EPA também é necessária para defender políticas que apoiam a prática de enfermagem em novos modelos de prestação de serviços, que proporcionam um melhor equilíbrio entre a promoção da saúde e prevenção e os cuidados centrados na doença<sup>(11,75)</sup>. A liderança da EPA também pode ser usada para promover ambientes de trabalho saudáveis para as enfermeiras e outros profissionais de saúde. Estratégias de liderança podem incluir a gestão e desenvolvimento de equipes inter-profissionais, promovendo um trabalho em equipe inter-profissional eficaz e apoiar o desenvolvimento de profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde<sup>(77-78)</sup>.

O enfoque PEPPA também integra etapas de planejamento para identificar potenciais barreiras e facilitadores para otimizar a aplicação efetiva do papel da EPA em relação a grupos de interesse e educação da EPA, recrutamento e retenção, e políticas de saúde incluindo a legislação e regulamentação<sup>(71)</sup>. Os facilitadores mais importantes são a sensibilização do público para o papel da EPA e a forte liderança de enfermagem em vários setores do sistema de saúde para defender mudanças nos sistemas de saúde para apoiar a implementação do papel do EPA. Ele vai exigir liderança intersetorial e de enfermagem mas também parcerias para o financiamento específico para esta função e outras estruturas de apoio que se alinham com as prioridades de saúde<sup>(41)</sup>. É também essencial para responder às preocupações médicas sobre a EPA e seu impacto sobre os seus rendimentos e responsabilidades e dar clareza ao papel da EPA para apoiar a colaboração intra e inter-profissional das enfermeiras, médicos e outros profissionais<sup>(5)</sup>.

Como referido anteriormente, há muitas revisões sistemáticas de literatura internacional, principalmente de países de alta renda, confirmando que as CNS e NP são profissionais de atenção à saúde seguros e eficazes. No contexto da introdução do papel da EPA na

América Latina e no Caribe, é necessária a investigação e a utilização de outros métodos de avaliação para assegurar a sustentabilidade e a utilização eficaz, a aplicação ideal e a longo prazo desses papéis. Um grande desafio em alguns países da América Latina é a falta de bons dados básicos sobre a força de trabalho e sobre sistema de atenção à saúde para fornecer uma base para a introdução e design dos papéis da EPA e apoiar as avaliações subsequentes<sup>(41)</sup>.

Para atender às necessidades de tomada de decisão dos países e ter um melhor e mais contextualizado banco de dados relevantes, o enfoque PEPPA foi ampliado para fornecer orientações detalhadas para avaliar o papel da EPA<sup>(79)</sup>. Este enfoque expandido proporciona exemplos de perguntas e métodos de avaliação para gerar dados dos países, que são relevantes para apoiar o redesenho dos cuidados de saúde, incluindo a introdução das funções da EPA, para avaliar a eficácia das estratégias de implementação destas funções, e para determinar o seu impacto. O uso do enfoque ajudará os países da América Latina e do Caribe produzir um plano de avaliação detalhada do papel da EPA com identificação de prioridades, prazos, métodos e recursos.

## Conclusões

Existe um corpo substancial de evidências internacional sobre o impacto positivo do papel da EPA para melhorar os resultados de saúde do paciente, a qualidade do atendimento e a eficiência do sistema de saúde. A implementação destas funções podem atender às necessidades de cada país para melhorar a cobertura de saúde universal e de acesso universal à saúde na América Latina e no Caribe. Vários países latino-americanos de renda média e alta que já têm acesso ao ensino de enfermagem de pós-graduação estão posicionados para introduzir esses papéis. Outros elementos importantes para apoiar a introdução do papel da EPA nesses países incluem o alinhamento dos resultados da EPA com políticas de saúde para a reforma da atenção primária e o desenvolvimento de uma coalizão de líderes de enfermagem para incluir setores de assistência à saúde, acadêmicos e setores políticos de saúde, tanto dentro como fora da América Latina. A expansão desta agenda vai exigir a participação de outros líderes setoriais para fazer avançar a EPA para o futuro.

## Referências

1. World Health Organization, editor Primary Health Care Including Health System Strengthening. World Health Assembly Resolution 6212; 2009; Geneva: WHO.

2. World Health Organization. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
3. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(6). doi: 10.1136/bmjopen-2014-007167
4. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care/ ISQua*. [Internet]. 2015 [Access Jun 15, 2016];27(5):396-404. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/851933>
5. Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. Advanced practice nursing: An essential component of country level human resources for health. [Internet]. Policy Paper for the International Council of Nurses; 2016. Access Mai 18, 2016. Available from: <https://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/ICNPolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf>
6. Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. Health Workforce 2030. A Global Strategy on Human Resources for Health. Geneva; 2015.
7. Cassiani SHDB, Zug KE. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. *Revista brasileira de enfermagem*. 2014;67(5):673-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670501>.
8. World Health Organization [Internet]. World Health Assembly 65 Geneva: World Health Organization; 2012. Access May 18, 2015. Available from: /WHA65-REC1/A65\_REC1-en.
9. United Nations General A, editor United Nations General Assembly. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development; 2015.
10. Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. (London, England). 2015;385(9974):1230-47. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
11. PAHO [Internet]. Health in the Americas. Regional Outlook and Country Profiles. Washington, DC: PAHO; 2012. Access May 18, 2016. Available from: <http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/hia-2012-summary.pdf>.
12. PAHO, editor Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2014-2019. 52nd Directing Council of PAHO, 65th Session of the WHO Regional Committee for the Americas; 2013 Sep 30-Oct 4; Washington (DC): PAHO.
13. PAHO, WHO [Internet]. Communicable Diseases and Health Analysis. Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2015 Washington, D.C: PAHO; 2015. Access May 18, 2016. Available from: [www.paho.org](http://www.paho.org).
14. Uchôa SAdC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2016;24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>.
15. World Health Organization [Internet]. Progress Report on Nursing and Midwifery, 2008-2012. Geneva: WHO; 2013.
16. PAHO, McMaster University, editors. Report on Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Advanced Practice Nursing Summit 2015; Hamilton, ON: WHO Collaborating Centre in Primary Health Care, School of Nursing, McMaster University; 2015.
17. PAHO, University of Michigan, editors [Internet]. Report on Developing Advanced Practice Nursing Competencies in Latin America to Contribute to Universal Health. Report on Developing Advanced Practice Nursing Competencies in Latin America to Contribute to Universal Health; 2016; Ann Arbor, Michigan: Collaborating Centre for Primary Health Care, School of Nursing, University of Michigan; 2016.
18. World Health Organization. Progress Report on Nursing and Midwifery, 2013-2015. Geneva; 2015.
19. Morán-Peña L. La práctica avanzada en Enfermería, tendencia mundial y regional para apoyar el acceso y la cobertura universal en salud. *Rev Iberoam Invest Educ Enferm*. 2015;5(3):4-7.
20. International Council of Nurses [Internet]. The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse Geneva: International Council of Nurses; 2008 Access Jun 15, 2015. Available from: <http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scope-of-practice-standards-and-competencies.html>.
21. International Council of Nurses [Internet]. Definitions and Characteristics of the Role Geneva: ICN; 2001-2016. Access May 15, 2016. Available from: <http://international.aanp.org/Practice/APNRoles>.
22. Dowling M, Beauchesne M, Farrelly F, Murphy K. Advanced practice nursing: a concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2013;19(2):131-40. doi: 10.1111/ijn.12050.
23. Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):28-37. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01669.x
24. Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev*. 2015;62(3):421-9. doi: 10.1111/inr.12193
25. Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: Description and Evaluation of Practices in 13 Developed Countries. Geneva; 2010. n. 54.
26. Schober M. Global perspectives on advanced nursing practice. In: Joel L, editor. *Advanced Practice Nursing*:



- Essentials for Role Development. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2013. p. 71-104.
27. Lewandowski W, Adamle K. Substantive areas of clinical nurse specialist practice: A comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Specialist*. 2009;23(2):73-90. doi: 10.1097/NUR.0b013e31819971d0.
28. International Council of Nurses [Internet]. The Most Frequently Asked Questions of the ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Geneva: International Council of Nurses; 2015. Access Jun 14, 2016. Available from: <http://international.aanp.org/Home/FAQ>.
29. Jokiniemi K, Haatainen K, Meretoja R, Pietila AM. The future of the clinical nurse specialist in Finland. *J Nurs Scholarship*. 2015;47(1):78-85. doi: 10.1111/jnu.12109.
30. South African Nursing Council S. [Internet]. Advanced Practice Nursing: Position Paper/Statement Pretoria, South Africa: SANC; 2012. Access May 15, 2016. Available from: [www.sanc.co.za/position\\_advanced\\_practice\\_nursing.htm](http://www.sanc.co.za/position_advanced_practice_nursing.htm).
31. Wong FK, Peng G, Kan EC, Li Y, Lau AT, Zhang L, et al. Description and evaluation of an initiative to develop advanced practice nurses in mainland China. *Nurse Educ Today*. 2010;30(4):344-9. doi: 10.1016/j.nedt.2009.09.004.
32. Zahran Z, Curtis P, Lloyd-Jones M, Blackett T. Jordanian perspectives on advanced nursing practice: an ethnography. *Int Nurs Rev*. 2012;59(2):222-9. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00943.x.
33. Cockerham AZ, Keeling AW. A brief history of advanced practice nursing in the United States. In: Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET, editors. *Advanced Practice Nursing: An Integrated Approach*. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2014. p. 1-26.
34. Kaasalainen S, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald F, et al. A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nurs Leadership*. (Toronto, Ont). 2010;23:35-60.
35. Bryant-Lukosius D, Carter N, Kilpatrick K, Martin-Misener R, Donald F, Kaasalainen S, et al. The Clinical Nurse Specialist Role in Canada. *Nurs Leadership*. 2010;23(Special Issue):140-66.
36. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2148-61. doi: 10.1111/jan.12140
37. Gagan MJ, Boyd M, Wysocki K, Williams DJ. The first decade of nurse practitioners in New Zealand: A survey of an evolving practice. *J Am Assoc Nurse Practit*. 2014;26(11):612-9. doi: 10.1002/2327-6924.12166.
38. Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. *J Eval Clin Practice*. 2014;20(6):1106-23. doi: 10.1111/jep.12219
39. National Nursing Centres Consortium, editor. *International Advanced Practice Nursing Symposium*. International Advanced Practice Nursing Symposium; 2014; Philadelphia: NNCC; 2014.
40. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Practice*. 2015;21(5):763-81. doi: 10.1111/jep.12401
41. Shasanmi RO, Kim EM, Cassiani SH. National nursing strategies in seven countries of the Region of the Americas: issues and impact. *Pan Am J Public Health*. [Internet]. 2015 [Access May 15, 2016];38(1):64-72. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000600009&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000600009&lng=en).
42. Carpio C, Bench NS. *The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay*: World Bank Publications; 2015.
43. Practitioners JAoN [Internet]. History of Nurse Practitioners in Jamaica. Trelawny, Jamaica: JANP; 2016. Access Jun 10, 2016. Available from: <http://www.jamaicanursepractitioners.org/home/about-us.html>.
44. Cumper G. Neglecting legal status in health planning: nurse practitioners in Jamaica. *Health Policy Plann*. 1986;1(1):30-6. doi: 10.1093/heapol/1.1.30
45. Jones K, Hepburn-Brown C, Anderson-Johnson P, Lindo JL. High patient satisfaction with nurse practitioner delivered services at two health centres in urban Jamaica. *Contemp Nurse*. 2014;48(2):181-9. doi: 10.5172/conu.2014.4972
46. Seivwright MJ. Nurse practitioners in primary health care: the Jamaican experience. Part I. *Int Nurs Rev*. 1982;29(1):22-4.
47. Dias CG, Duarte AM, Ibanez Ada S, Rodrigues DB, Barros DP, Soares Jdos S, et al. Clinical Nurse Specialist: a model of advanced nursing practice in pediatric oncology in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1426-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600025>.
48. Costa-Mendes I. *Master's Degree Education in Brazil. Developing Advanced Practice Nursing Competencies in Latin America to Contribute to Universal Health*; 2016; Ann Arbor, Michigan: Collaborating Centre for Primary Health Care, School of Nursing, University of Michigan; 2016.

49. Scochi CG, Gelbcke FL, Ferreira Mde A, Alvarez AM. Professional Master's Degree: potential contribution to Advanced Practice Nursing. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):1186-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680626i>.
50. DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Donald F, Abelson J, Bourgeault I, et al. Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurs Leadership (Toronto, Ont).* 2010;23:211-38. doi:10.12927/cjnl.2010.22279
51. Kleinpell R, Scanlon A, Hibbert D, Ganz F, East L, Fraser D, et al. Addressing issues impacting advanced nursing practice worldwide. *OJIN: Online J Issues Nurs.* 2014;19(2):5. doi: 10.3912/OJIN.Vol19No02Man05
52. Country and Lending Groups Data. [Internet] Washington D.C.: World Bank; 2016. Access Jun 29, 2016. Available from: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups#LAC>.
53. Nigenda G, Magaña-Valladares L, Cooper K, Ruiz-Larios JA. Recent developments in public health nursing in the Americas. *Int J Environ Res Public Health.* 2010;7(3):729-50. doi:10.3390/ijerph7030729.
54. Vaskis R, Rigolini J, Lucchetti L. Left Behind. Chronic Poverty in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2015.
55. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage [Internet]. WHO; 2010. World health report. 2010. Access May 19, 2016. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28Uefficiency.pdf>
56. Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):436-51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011.
57. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martin-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos A, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2016;53:290-307. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010.
58. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ.* 2011;29(5):230.
59. Bryant-Lukosius D, Cosby R, Bakker D, Earle C, Burkoski V. Practice Guideline on the Effective Use of Advanced Practice Nurses in the Delivery of Adult Cancer Services in Ontario [Internet]. Toronto: Cancer Care Ontario; 2015. Evidence-Based Series #16-4. Access Jun 30, 2016. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=340702>
60. Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. A systematic review of the cost effectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners in inpatient roles. *Can J Nurs Leadership.* 2015 Sep;28(3):56-76.
61. Leipert BD, Delaney JW, Forbes D, Forchuk C. Canadian rural women's experiences with rural primary health care nurse practitioners. *Online J Rural Nurs Health Care.* [Internet]. 2011 [Access May 18, 2016];11(1):37-53. Available from: <http://rnojournals.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/8>
62. Roots A, MacDonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Human Resources Health.* 2014;12(1):69. doi: 10.1186/1478-4491-12-69.
63. Martin-Misener R, Reilly SM, Vollman AR. Defining the role of primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia. *CJNR.* 2010;42(2):30-47.
64. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. *Annals Fam Med.* [Internet]. 2009 [Access Sep 29, 2016];7(4):309-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713154/>
65. Graveley EA, Littlefield JH. A cost-effectiveness analysis of three staffing models for the delivery of low-risk prenatal care. *Am Journal of Public Health.* 1992;82(2):180-4.
66. Walker JA, Urden LD, Moody R. The role of the CNS in achieving and maintaining magnet® status. *J Nurs Admin.* 2009;39(12):515-23. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181c1803a.
67. Carroll DL, Robinson E, Buselli E, Berry D, Rankin SH. Activities of the APN to enhance unpartnered elders self-efficacy after myocardial infarction. *Clin Nurse Specialist.* 2001;15(2):60-6.
68. Crimlisk JT, Bernardo J, Blansfield JS, Loughlin M, McGonagle EG, McEachern G, et al. Endotracheal reintubation: A closer look at a preventable condition. *Clin Nurse Specialist.* 1997;11(4):145-50.
69. Patterson JE, Strumpf NE, Evans LK. Nursing consultation to reduce restraints in a nursing home. *Clin Nurse Specialist.* 1995;9(4):231.
70. Pozen MW, Stechmiller JA, Harris W, Smith S, Fried DD, Voigt GC. A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction. *Medical Care.* 1977;830-7.
71. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs.* 2004;48(5):530-40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x

72. Boyko JA, Carter N, Bryant-Lukosius D. Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016. doi: 10.1111/wvn.12160.
73. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Israr S, Charbonneau Smith R. Resources to facilitate APN outcome research. In: Kleinpell R, editor. *Outcome assessment in advanced practice nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2013. p. 313-8.
74. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. WHO; 2005.
75. Kendall S, Bryar R, Mogotlane S. *Reforming primary health care: a nursing perspective*: International Council of Nurses; 2012.
76. Halcomb E, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016;25(9-10): 1193-205. doi: 10.1111/jocn.13224.
77. Dahn B, Woldemariam A, Perry H, Maeda A, von Glahn D, Panjabi R, et al. *Strengthening primary health care through community health workers: Investment case and financing recommendations* [Internet]. WHO; 2015. Access Sep 29, 2016. Available from: <http://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf?ua=1>
78. World Health Professions Alliance [Internet]. *Positive Practice Environments for Health Care Professionals*. Fact sheet Ferney Voltaire, France: WHPA; 2008. Access Sep 29, 2016. Available from: [http://www.whpa.org/PPE\\_Fact\\_Health\\_Pro.pdf](http://www.whpa.org/PPE_Fact_Health_Pro.pdf).
79. Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M, et al. Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *J Nurs Scholarship*. 2016;48(2):201-9. doi: 10.1111/jnu.12199

Recebido: 10.5.2016

Aceito: 26.9.2016

---

Correspondência:  
Denise Bryant-Lukosius  
McMaster University. School of Nursing  
1280 Main Street West Health Sciences Centre  
3N28G, L8S 4K1, Hamilton, ON, Canada  
E-mail: bryantl@mcmaster.ca

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.